

紙申請用  
様式第5号別紙

施設類型	[B]	勤務あり	勤務なし
1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関	陽性患者入院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関	陽性・疑い患者来院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
3 地域外来・検査センター	陽性・疑い患者来院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
4 宿泊療養受入施設での対応	軽症者等入所以降、勤務実績あり	20万円	-
5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォロー	軽症者等に対する、勤務実績あり	20万円	-
6 1～5以外の病院及び診療所	陽性患者入院以降、勤務実績あり	20万円	5万円
7 訪問看護ステーション	陽性患者訪問日以降、勤務実績あり	20万円	5万円
8 助産所	陽性妊産婦患者入所以降、勤務実績あり	20万円	5万円

【医療機関 都道府県】 給付対象内訳 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

合計申請額(円)

給付対象者の支給申請金額の合計額を記載して下さい。

都道府県が債主登録を行う際に必要な情報

管理番号1からの自動連番	医療機関コード	申請する医療機関等名称	給付申請金額	氏名(漢字) 姓と名の間は空けてください。	フリガナ(カタカナ) 姓と名の間は空けてください。	生年月日 (令和 年 月 日)	性別 男性 女性	法人名	他施設と合算	申請施設	申請施設以外	委任状 徴収済	金融機関名	金融機関コード	支店名	支店番号(店番)	預金種別 1:普通 2:当座 4:貯蓄	口座番号	口座名義(カタカナ) 姓と名を空けてください。	
									【A】 他施設と合算 【A】 起点日から6/30までの期間における延べ勤務日数	【B】 申請する医療機関等でのコロナ患者受入以降の勤務実績(有り/無し)	【C】 他医療機関等での勤務実績(有り/無し)									
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

